

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

201

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léon LAUNAY

Né au Mans le 20 mai 1901

PLASTIQUE DU PAVILLON

DANS

L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

AVANTAGES DU NOUVEAU PROCÉDÉ

DE DIEU DU MANS

Président : M. PIERRE SÉBILEAU, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

..... PARIS, 1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Léon LAUNAY

Né au Mans le 20 mai 1901

PLASTIQUE DU PAVILLON

DANS

L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

AVANTAGES DU NOUVEAU PROCÉDÉ

DE DIEU DU MANS

Président : M. PIERRE SÉBILEAU, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

..... PARIS, 1929

LES PROFESSEURS

MM

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCO. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZÉLOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expériment¹⁰
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils. Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTNER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique
 N Pathologie médicale

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER. . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique
		chez l'adulte pour les accidentés du travail
		les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
de la Faculté de Médecine de Paris
Chef du Service d'Oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIEU

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital du Mans
(Service d'Oto-rhino-laryngologie et d'Ophtalmologie)

*Qui nous a donné l'idée de cette
thèse et dont les conseils et les tra-
vaux nous ont été si précieux pour
sa réalisation.*

A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TURLAIS
Professeur de Physiologie à l'Ecole de Médecine
Médecin des hospices d'Angers

*Qui dans ses leçons si claires,
savait donner à la clinique la place
d'honneur et l'importance qu'on lui
doit.*

A MES MAITRES DES HOSPICES DU MANS

PLASTIQUE DU PAVILLON
DANS
L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

AVANTAGE DU NOUVEAU PROCÉDE
DE DIEU DU MANS

INTRODUCTION

On est d'accord pour admettre que dans l'évidement pétro-mastoïdien les pansements et les soins post-opératoires ont une importance presque aussi grande que l'intervention chirurgicale elle-même. On conçoit dès lors l'importance d'une heureuse autoplastie du pavillon. En effet, il faut d'une part un accès facile afin que les pansements soient complets pour empêcher le bourgeonnement et obtenir une épidermisation rapide ; d'autre part, il faut éviter de trop grands délabrements afin d'arriver à un bon résultat esthétique sans pour cela s'exposer au risque d'atrésie du conduit. Aussi, nombreux sont les procédés qui furent successivement préconisés. Sans doute chacun présente quelque avantage, mais beaucoup sont d'une technique trop compliquée pour être d'un usage courant.

L'idéal était de trouver un procédé pratique (ce

qui ne veut pas forcément dire rapide comme exécution) offrant un maximum de garanties. A ce titre, le procédé du D^r Dieu du Mans, avec qui nous avons eu l'honneur et le plaisir de travailler pendant trois ans, nous semble donner toute satisfaction.

Reprenant le procédé de Korner, il a su le simplifier heureusement et en perfectionner la technique au point d'en faire une méthode absolument personnelle. Appliquant celle-ci aux malades de sa Clinique et de son service à l'Hôpital du Mans, depuis environ trois ans, il n'a jamais eu à enregistrer d'insuccès ni de complications du fait du procédé lui-même. Jamais nous n'avons eu à craindre d'atrésie du conduit par cicatrice vicieuse chéloïdienne et presque toujours j'ai pu constater chez les malades ainsi opérés une notable diminution dans la durée des soins post-opératoires, en même temps qu'un très bon résultat esthétique.

C'est ce qui nous a engagé à faire ce travail.

ÉTUDE RAPIDE DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS

La majorité des auteurs admet aujourd'hui les avantages indiscutables d'une fermeture rétro-auriculaire immédiate.

Parmi les principaux procédés employés dans ce but rappelons pour mémoire celui de Zaufal et le procédé en V. Dans le procédé de Zaufal, on résèque le conduit membraneux *au ras du pavillon*, ce qui a l'inconvénient de laisser à nu la paroi antérieure du conduit auditif osseux. Celle-ci bourgeonne mal et donne fréquemment des nécroses.

Le procédé en V fut proposé pour sa simplicité. Il consiste simplement à fendre horizontalement par le milieu la paroi postérieure du conduit membraneux. Les deux lambeaux sont écartés en V après que leurs angles ont été arrondis au ciseau. Pour cela on se sert de deux points de suture l'un supérieur, l'autre inférieur.

Si le procédé précédent n'était pas assez conservateur, ce dernier, au contraire, l'est trop. Aussi l'accès pour les pansements est insuffisant, dans le 1/3 externe de la brèche mastoïdienne notamment. En outre cette technique occasionne souvent par la suite de la sténose du méat auditif par cicatrice vicieuse formant chéloïde. Il en résulte des réten-

tions purulentes, des écoulements parfois interminables. Nous avons même vu chez un tel malade un eczéma du pavillon avec début de périchondrite. Or l'évidement pétro-mastoïdien proprement dit avait été fait d'une manière large et complète.

A ces deux procédés, on a préféré de plus en plus les autoplasties dites « à volets ». Celles-ci consistent d'une façon générale à conserver le plus possible la paroi du conduit membraneux. Le tracé des différentes incisions y découpera une ou plusieurs languettes qui resteront attachées au pavillon par un pont cutané formant charnière. Ces différents procédés différeront par le point du méat auditif où sera située cette charnière. Ils différeront aussi par le nombre et la forme des lambeaux.

Dans le procédé de Stacke, nous aurons un seul lambeau à charnière postéro-inférieure, où dans le « stake modifié » deux lambeaux : l'un postéro-supérieur et l'autre postéro-inférieur par incision en : $\neg$ de la paroi postérieure du conduit auditif membraneux. Les deux lambeaux sont ensuite écartés au moyen de deux points de suture, un supérieur et l'autre inférieur.

Ce procédé adopté par un grand nombre d'auristes a été dans le détail modifié souvent par plusieurs d'entre eux. C'est ainsi que M. le professeur Moure préconise dans l'incision verticale du $\neg$ un empiètement léger sur la conque suivant un trajet en arc de cercle. On obtient ainsi un orifice du méat restauré plus esthétique.

Dans le procédé de Korner la charnière sera postérieure. Le lambeau unique et rectangulaire sera constitué aux dépens de la paroi postérieure du conduit membraneux. Deux points de suture placés aux angles le maintiendront en bonne position.

Dans le procédé de Siebenmann on aura trois lambeaux par incision en $\succ$. Ce procédé est compliqué : 1^o à cause de la décortication du cartilage adhérent au lambeau en $\succ$ petit et difficile à tenir ; 2^o à cause des trois sutures nécessaires pour fixer chacun des lambeaux.

Il faut reconnaître que ce procédé est excellent par le large accès qu'il offre pour les pansements. Par contre, il est mauvais au point de vue esthétique parce qu'il laisse un méat auditif considérablement agrandi et en apparence déplacé vers la partie supérieure de la conque.

Dans le procédé de Luc, on a perfectionné le procédé de Siebenmann en le combinant au procédé de Stacke. On a de la sorte deux lambeaux. Un premier lambeau est formé par le conduit membraneux dont la charnière est inférieure ; le deuxième lambeau, triangulaire, est formé au dépend du pavillon et limité à la partie inférieure de la conque. Les deux lambeaux seront maintenus écartés par deux points de suture. Le résultat esthétique avec ce procédé est excellent, mais les pansements sont compliqués du fait que l'orifice obtenu s'ouvre en contrebas de la cavité antrale.

Dans le procédé de Dieu du Mans, celui-ci adopte

aussi le système de l'autoplastie « à volets », un seul lambeau, très mobile. Situait son lambeau comme celui de Korner, il préfère à la forme rectangulaire de ce dernier dont les bords se recroquevillent toujours si facilement, une forme presque ovale qu'il appelle « en raquette » et à large base d'implantation. Le lambeau est en majorité constitué au dépend du conduit membraneux. Il utilise non seulement la paroi postérieure (comme Korner) mais encore grâce à cette forme arrondie, il fait déborder le lambeau sur les parois supérieure et inférieure de ce même conduit. Enfin, comme nous le verrons lors de l'étude détaillée de la technique, ce lambeau peut aisément empiéter selon les indications sur la conque après décortication du cartilage ; mais dans ce cas, il empiètera plutôt sur la région supérieure. Nous avons pu constater que le lambeau très souple ainsi constitué reste étalé normalement sans aucun enroulement des bords et que grâce à un pansement, soigneusement massé par mèches séparées (trois en général) aucun point de suture n'est nécessaire, le lambeau s'applique très bien. On évite donc ainsi de placer dans la plaie des points de suture faisant corps étrangers, sources toujours offertes à des infections et points de suppuration secondaire. Grâce à une large base d'implantation, le lambeau très souple est bien nourri et prend sans difficultés. L'excision du cartilage est facile. Pour toutes ces raisons, nous n'avons jamais eu de cicatrisation défectueuse donnant des chéloïdes et déterminant

de l'atrésie du conduit auditif. Grâce à cette méthode on peut faire, aisément, des pansements complets étant donné le large accès qu'elle offre. Quant au point de vue esthétique, ce procédé nous donne toute satisfaction. Une collection de photographies que nous avons prises dans le service apporte la meilleure des preuves.

TECHNIQUE DE DIEU DU MANS DANS SON NOUVEAU PROCÉDÉ D'AUTOPLASTIE DU PAVILLON

Au point de vue technique, M. le D^r Dieu a plusieurs fois hésité sur le moment où il convenait le mieux de faire l'autoplastie du pavillon de l'oreille au cours d'un évidement pétro-mastoïdien. Nous croyons, avec lui, qu'il y a avantage, surtout dans son procédé, à la faire avant la trépanation osseuse. En effet, on prend alors son temps pour soigner cette technique pendant que le malade s'habitue au sommeil anesthésique ou à l'anesthésie régionale. Au contraire, lorsqu'on termine par l'autoplastie du pavillon on a parfois hâte de finir; souvent le malade commence à s'éveiller et l'on est tenté de négliger peut-être un peu cette partie importante de l'intervention. En outre on a l'avantage, pendant qu'on prépare son lambeau, que l'hémorragie du début (légère mais inévitable) qui suit l'incision dans le sillon rétro-auriculaire, a le temps de se calmer, laissant un champ opératoire plus net pour la trépanation osseuse.

Enfin l'emploi d'une mèche de gaz stérilisée passée en étrier dans la fenêtré pratiquée dans le

pavillon de l'oreille et le conduit membraneux, est un moyen d'écarter ce pavillon pendant le reste de l'intervention, plus commode, plus aseptique et moins traumatisant qu'avec n'importe quel écarteur métallique, si perfectionné soit il. Il offre même la possibilité d'être tenu par un tiers à distance des opérateurs.

Instrumentation. — M. le Dr Dieu du Mans est partisan, pour tracer son lambeau, d'un bistouri spécial. La lame est en forme de serpette, rigide, longue d'environ trois centimètres, large de quatre à cinq millimètres et recourbée tout à l'extrémité. La convexité est épaisse, à bord mousse ; la concavité est formée par le fil de la lame. Le manche est assez lourd de façon à bien avoir en main ce bistouri.

Au besoin on pourra employer n'importe quel bistouri pourvu qu'il soit à lame étroite, rigide et coupant bien. Les autres instruments sont les instruments habituels.

Tracé du lambeau. — Le Dr Dieu du Mans pour préparer le décollement de la peau à la face postérieure du conduit membraneux et à la partie antérieure de la conque, préconise l'injection de trois à quatre centimètres cubes de sérum physiologique sous la peau de la conque et sous la paroi postérieure du conduit. Les risques de déchirures sont ainsi très diminués.

Premier temps. — Introduire par le méat de l'oreille le bistouri, le fil tourné vers le haut jusqu'au

fond du conduit membraneux. Tracer alors la première incision, courbe (concavité dirigée vers la face postérieure) partant : au fond, du milieu de la face supérieure, allant jusqu'à l'os et sortant en dehors à la naissance de l'hélix. Elle sera plus ou moins prolongée sur la conque selon les indications propres à chaque cas.

Introduire à nouveau le bistouri jusqu'au fond du



Fig. 1. — 1^{er} temps. Tracé externe du lambeau.

conduit mais en tournant le fil vers le bas et tracer la deuxième incision également courbe (concavité regardant la face postérieure) cette incision partira, au fond, du milieu de la face inférieure et aboutira en avant de l'antitragus (figure 1).

Deuxième temps. — On ramène en avant le pavillon de l'oreille et l'on incise derrière lui dans le sillon rétro-auriculaire, même. Nous éviterons systématiquement les incisions transversales en — ou

en 7. Toutefois le D^r Dieu du Mans, pour se donner un peu plus de jour, emploie dans certains cas une incision perpendiculaire à la première et située au niveau du conduit mais respectant la peau qu'elle écarte. Elle intéresse seulement les tissus sous-

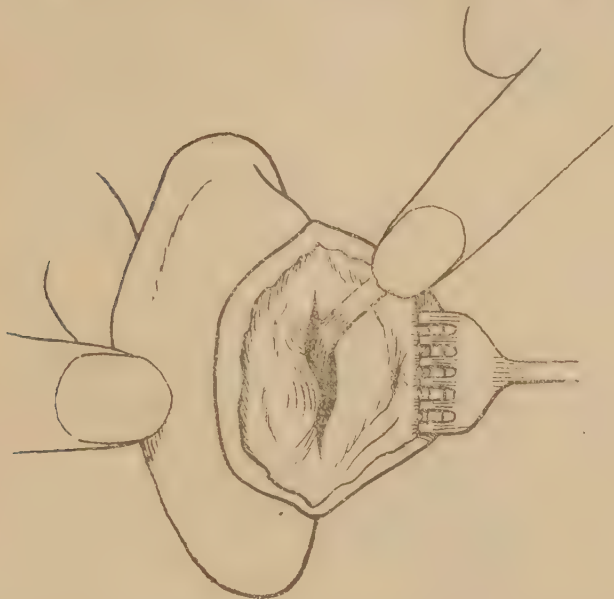


Fig. 2. — 2^e et 3^e temps après l'incision derrière le pavillon.
Rugination de la mastoïde.

jacents jusqu'à l'os (périoste compris). Rugination soigneuse de la mastoïde.

Troisième temps. — Achever le décollement du conduit membraneux précédemment préparé par l'injection de sérum physiologique (figure 2).

Quatrième temps. — On achève de découper le lambeau en reprenant au bistouri par transfixion, les incisions tracées antérieurement dans le conduit

au cours du premier temps. Dans les zones doublées de cartilage, on emploiera le ciseau, plutôt que le bistouri. Pour achever de détacher le lambeau vers la profondeur, on décolle (avec le dos d'une rugine, par exemple) la paroi postérieure du conduit auditif, le plus loin possible. Le lambeau entièrement libéré affecte à peu près la forme d'une raquette (figure 3).

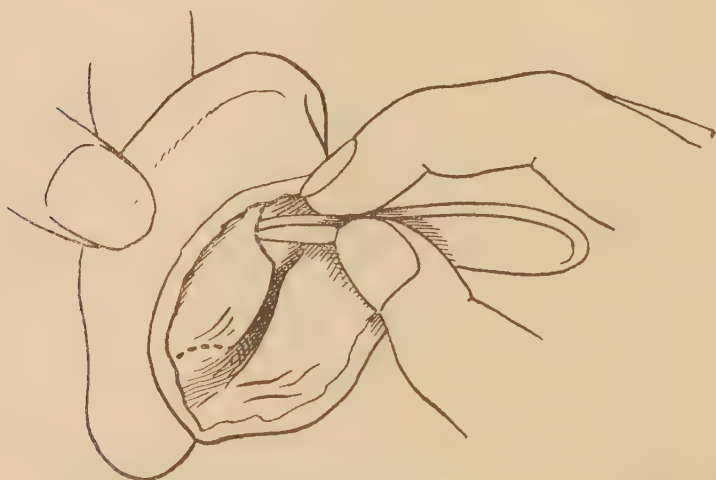


Fig. 3. — 4^e temps. Transfixion du lambeau.

Cinquième temps. — On luxe en avant tout le lambeau à travers la fenêtre qu'il découpe dans la conque (figure 4). On sépare la peau des parties cartilagineuses sous-jacentes. Cette dissection poursuivie plus ou moins haut selon qu'on doit faire un évidement plus ou moins large, aura été très facilitée par l'injection préparatoire de sérum physiologique dans l'épaisseur de la conque entre peau et carti-

lage (figure 5). On sectionne ce cartilage libéré par la dissection. Sous le lambeau cutané qu'il soutient,

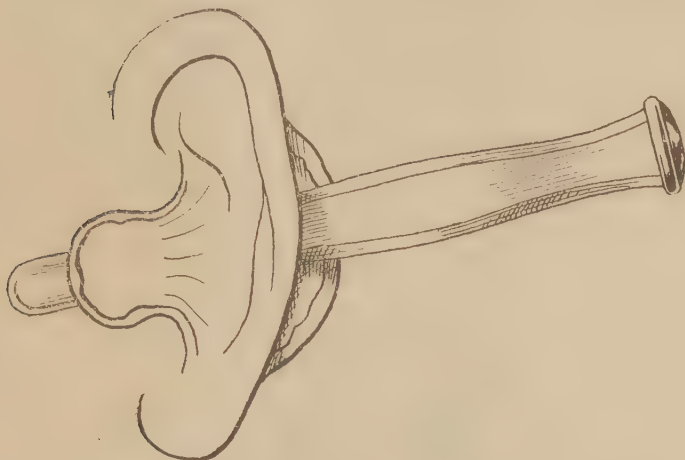


Fig. 4. — 5^e temps; Luxation du lambeau en avant.

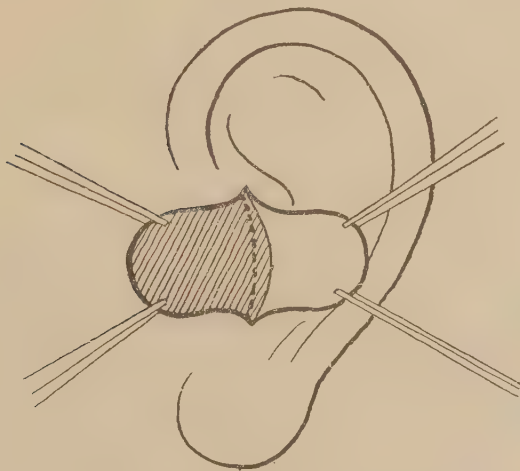


Fig. 5. — 5^e temps. Le lambeau cutané est séparé du cartilage.

le bord du cartilage mis à vif, constituera le bord du méat restauré. Au point de vue esthétique, moins

il sera enlevé de cartilage, moins l'ouverture du nouveau méat auditif sera grande ; mais en général il vaut mieux faire large : une plaie d'évidement pétro-mastôïdien guérit d'autant mieux qu'elle est plus aérée et facile à panser (figure 6).

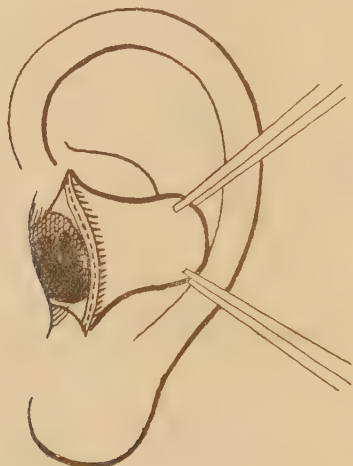


Fig. 6. — 5^e temps. Le lambeau est terminé.

Sixième temps. — Ecarter l'oreille en avant au moyen d'une compresse stérilisée. Après l'avoir roulée on la passera dans l'ouverture obtenue dans le pavillon, selon le procédé préconisé par Claoué, et, en tirant sur les deux bouts rassemblés de la compresse, un aide placé à distance écartera ainsi largement le pavillon, découvrant bien la surface osseuse à trépaner. Le pavillon peut encore être maintenu écarté automatiquement par le simple poids d'une pince longuelette prenant les deux extrémités de la compresse.

On fait alors l'évidement pétro-mastoïdien suivant la méthode de Wolf-Moure. En effet, dans le cas où l'antre est petit, il est beaucoup plus commode de rechercher le canal tympano-mastoïdien qui est, lui, un repaire fixe.

Septième temps. — Quand la trépanation osseuse est finie, on enlève la compresse qui servait à écarter



Fig. 7. — 7^e temps. Le lambeau est en place et l'autoplastie achevée.

le pavillon. Celui-ci est ramené en arrière, à sa place (figure 7). On suture l'incision postérieure que l'on avait tracée dans le sillon retro-auriculaire même. On termine en appliquant le lambeau en raquette dans la cavité sur la paroi postérieure et le fond, au moyen d'une ou deux petites mèches séparées, longues d'environ cinq centimètres.

On fait ensuite le pansement habituel aux évidements pétro-mastoïdiens.

Au point de vue local, nous employons *comme agents chimiques* soit la mèche sèche à l'ecktogan, soit la mèche imbibée de Dakin. Nous nous sommes trouvés souvent bien de lavages. Cette méthode préconisée par le professeur Moure dès 1903 vient d'être remise en honneur récemment. Un article que MM. Laurens-Hubert et Girard ont fait paraître dans le numéro du 10 octobre 1928 des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, préconise vivement les lavages après l'évidement pétro-mastoïdien. Nous employons le permanganate de potasse en solution au millième. Par contre, en bains nous l'employons en solution très forte à 5/300. Si élevé que paraisse le titre de cette solution, elle est en général bien supportée par les malades. De tels bains désinfectent parfaitement les plaies et tarissent des suppurations très abondantes. Dans les cas ordinaires nous employons couramment des bains d'alcool-éther précédant un pansement par mèches sèches stérilisées simples ou à l'ecktogan. Comme nous le rapportons plus loin dans une observation, nous employons avec succès dans certaines otorrhées fétides graves la méthode du Dakin continu. *Comme agents physiques* nous employons le drainage par mèches stérilisées simples, de courtes séances d'air chaud (environ cinq minutes) après les divers bains déjà mentionnés, l'héliothérapie ou les rayons ultra-violets, qui dans certaines plaies atones ont été des auxiliaires précieux de la cicatrisation. Nous préférons les

mèches séparées à la mèche unique qui sera plus ou moins bien appliquée. De plus, l'avantage est de pouvoir, les jours suivants, enlever au cours du pansement les mèches qui tapissent l'antre et la caisse sans toucher à celles qui retiennent le lambeau ; nous n'employons jamais de mèches iodoformées. En effet, l'odeur en est souvent très mal supportée par le malade lui-même et par son entourage. D'autre part, nous avons pu constater chez certains malades des réactions locales d'iodisme sur le pourtour de la plaie.

Le premier pansement est fait en général au cinquième jour grâce à l'emploi de mèches à l'ectogan. L'adhérence de notre lambeau en raquette, qui, à cause de sa souplesse, se moule bien sur la paroi qu'il doit tapisser, se fait toujours très vite. Devant une suppuration trop abondante, il nous est plusieurs fois arrivé d'avoir à changer toutes les mèches dès le lendemain de l'opération. En prenant quelques précautions, le lambeau ne bougeait pas, et sa reprise n'était en aucune façon retardée. Au point de vue général, nous attachons une grosse importance à l'état physique du malade. Nous apprécions, par exemple, beaucoup comme tonique général ce médicament d'un emploi si commun : l'huile de foie de morue ou ses succédanés. De même dans quelques cas où l'épidermisation semblait paresseuse ou avoir tendance à former chéloïdes (chez des sujets anémiés, lymphatiques, chez des sujets à cheveux roux ou blonds vénitiens, chez

des prétuberculeux) nous avons amélioré brusquement l'état local jusque-là rebelle par une série d'injections de cacodylate de soude ou encore par un séjour choisi d'après le sujet, au bord de la mer.

Si les avantages de notre procédé autoplastique ont été vérifiés souvent d'une façon incontestable, cependant nous avons toujours évité de lui accorder une vertu exagérée ; c'est pourquoi nous attachons une si grosse importance au traitement local et général, consécutif à l'intervention. Pas plus dans le procédé nouveau d'autoplastie de Dieu du Mans, que dans les autres on ne doit négliger cette importante question.

VALEUR DE CE PROCÉDÉ AUTOPLASTIQUE

On peut nous faire remarquer que le tracé du lambeau ovale par trois incisions courbes rend cette nouvelle méthode aussi longue que les autres. Il nous est facile de répondre que dans notre technique, une fois le lambeau découpé et débarrassé de ses parties cartilagineuses, l'autoplastie est terminée ; tandis que dans les autres procédés il faut encore effectuer la mise en place des différents lambeaux au moyen de points de suture qui allongent considérablement l'intervention. De plus, quand on en a l'habitude, je ne crois pas ce procédé plus long à faire que celui de Stacke et surtout ceux de Siebenmann ou de Luc.

Les adversaires de notre procédé pourront insister en disant que ces points de suture, que nous ne faisons pas, sont fort utiles, et que c'est plutôt une négligence de s'en passer. Nous sommes d'accord pour reconnaître que dans la technique de Stacke, Siebenmann et Luc par exemple, ils sont indispensables, puisque sans eux les lambeaux ne pourraient rester écartés et fixés où l'opérateur le desire. Dans notre procédé, au contraire, il ne servirait à rien de faire des points de suture puisque

notre lambeau est prévu justement pour s'en passer. Un tamponnement bien fait par de petites mèches séparées, étant, nous l'avons déjà dit, largement suffisant.

Si nous avons tant tenu à supprimer ces points de suture, c'est que moins il y a de corps étrangers dans une plaie, et mieux elle cicatrise surtout que nous sommes dans un milieu plus ou moins infecté. On aura donc avantage à traumatiser le moins possible la région afin d'éviter de provoquer dans cette oreille (atteinte d'otite moyenne suppurée chronique) quelque foyer d'infection secondaire par un ensemencement involontaire. On sait que les points de suture faits dans ces conditions s'infectent et suppurent facilement. Il n'est pas rare d'avoir à faire sauter un ou plusieurs points, c'est pourquoi nous éliminons volontairement tous ces risques.

On peut encore objecter que dans le procédé de Kerner, qui à première vue ressemble au nôtre, il suffit de maintenir le lambeau rectangulaire, non par des points de suture, mais par des mèches, pour obtenir le même résultat que nous. Cette objection toute théorique ne sera jamais faite par un opérateur ayant essayé de l'appliquer. En effet si nous avons spécialement adopté pour notre lambeau une forme arrondie en raquette, ce n'est pas au hasard. Un lambeau cutané rectangulaire s'enroule sur les bords, et pour être bien étalé, doit être tendu par des points. La forme de lambeau adoptée par le Dr Dieu du Mans évite cet enroulement. Aussi les

mèches qu'il applique sur le fonds constituent un appui très suffisant pour le maintenir en place.

Chemin faisant nous avons montré combien l'on pouvait facilement proportionner la plus ou moins grande ouverture du méat auditif nouveau aux commodités d'accès pour les pansements.

Au point de vue épidermisation le résultat est nettement supérieur comme qualité et comme rapidité à celui qu'on obtient par d'autres procédés. La cicatrisation est presque toujours complète au bout d'un mois et demi à deux mois. En effet, elle s'effectue dans les meilleures conditions. D'abord le lambeau est déjà long. Il porte jusqu'au fond une tranche vive, foyer d'épidermisation. Ensuite un bon drainage est assuré et les pansements peuvent être espacés d'assez bonne heure ; aussi se produit-il rarement des bourgeonnements épithéliaux. Enfin jamais on a observé d'atrésie du conduit grâce à la large base d'implantation du lambeau et à sa forme.

Le résultat esthétique est parfait et nous avons une collection suffisante de photographies prises sur des malades traités par le Dr Dieu, au moyen de sa méthode, pour en faire foi.

Le nouveau méat auditif est peu agrandi et n'est pas déplacé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le jeune A. L..., âgé de 12 ans entre dans le service pour violents maux de tête et écoulement de l'oreille gauche.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Oreillons, coqueluche, rougeole.

Depuis la naissance cet enfant est gêné pour respirer, c'est un adénoïdien. A trois ans l'oreille gauche coule la première ; peu après l'oreille droite coule aussi.

A six ans, l'enfant est montré au spécialiste qui procède à l'ablation des végétations adénoïdes. L'écoulement des deux oreilles diminue puis disparaît complètement pour l'oreille gauche ; il réapparaît de temps en temps à droite. A neuf ans, l'enfant ramené au spécialiste est opéré à droite d'un polype du conduit auditif. Il y a quelques mois l'oreille gauche se remet à couler assez abondamment ; l'enfant entend mal de cette oreille. Le 5 mai 1927, l'écoulement diminue beaucoup mais en même temps apparaît une fièvre rapidement élevée accompagnée de maux de tête bientôt très violents. Il entre dans le service le 13 mai 1927 au soir, on l'opère d'urgence d'évidement pétromastoïdien. L'autoplastie du pavillon est faite selon le procédé de Dieu du Mans. Les pansements furent continués pendant deux mois environ ; on fit tous les deux ou trois jours au début, des

attouchements avec une solution forte de permanganate de potasse à 5/300. Par la suite lavages au sublimé alternés avec lavages au permanganate en solution étendue.

L'enfant sort le 15 juillet 1927 en excellent état.

Nous avons eu l'occasion de revoir cet enfant le 7 février 1928. L'épidermisation est parfaite. Grâce à l'autoplastie employée le pavillon n'est pas déformé. L'aspect général de l'oreille, soit en avant, soit en arrière du pavillon, ne laisse guère supposer l'opération étendue qui fut pratiquée. Du reste il suffit de voir la photo. A noter cependant l'apparition de temps à autre d'un léger suintement muqueux en rapport avec des coryzas. L'audition est bonne voisine de la normale.

OBSERVATION II

Monsieur R. R..., âgé de trente ans, entre dans le service le mercredi 13 avril pour céphalée violente et écoulement abondant de l'oreille droite

En 1917, au front, une explosion détermine une perforation du tympan à droite. Il reçoit à l'infirmerie quelques soins pour écoulement d'oreille consécutif. Un spécialiste institue un traitement par lavages et bains d'alcool. L'oreille ne tarit jamais complètement. Après un séjour à l'arrière, il est renvoyé au front où, faute de soins, l'oreille recommence à couler abondamment : maux de tête, vertiges. On évacue le malade à nouveau vers l'arrière. A la démobilisation, le malade rentré chez lui continue les bains d'alcool ; il met aussi des gouttes de glycérine phéniquée il n'a pas de douleurs vives mais des bourdonnements continuels. L'écoulement persiste. Brusquement le 11 avril 1927, le malade est pris de céphalée violente qu'il essaie

de calmer par des moyens de fortune (aspirine, compresses chaudes) il entre à la clinique le 13 au matin ou il est opéré d'urgence selon notre procédé. Le premier pansement est fait le matin du lundi suivant. On décolle les mèches à l'eau oxygénée et on les change sans autres soins qu'un nettoyage léger avec un tampon de coton imbibé d'alcool à 70° boriqué saturé. Le deuxième pansement est fait le mercredi, lavage avec solution étendue de permanganate. Le bain avec la solution forte étant mal supporté, on lave à l'eau bouillie. On renouvelle les mèches. Le pansement est fait deux jours après et de la même façon. On continue ainsi jusqu'au 30 avril ; ce jour-là on fait seulement un pansement sec, la plaie est nettoyée avec un tampon de coton imbibé d'alcool à 70° boriqué saturé.

Le malade sort de la clinique le 4 mai 1927 n'ayant plus besoin chez lui que d'un lavage de la plaie à l'alcool et un pansement sec tous les deux jours ainsi qu'on a montré à le faire à quelqu'un de son entourage. Il revient à la clinique se faire voir au Dr Dieu, une fois par semaine. Le 27 mai la cicatrisation est presque complète, les mèches inutiles, le malade se contente de changer tous les matins le tampon de coton *hydrophile* qu'il place à l'entrée du méat auditif restauré et l'après-midi d'exposer avec précautions au soleil la zone opérée. Notre malade est vu pour la dernière fois le 7 juin, il est parfaitement guéri mais l'audition reste très amoindrie. Extérieurement il est difficile de voir que ce malade a été opéré d'évidement pétro-mastoïdien.

OBSERVATION III .

Mlle B..., âgée de 17 ans est atteinte depuis cinq ans d'un écoulement de l'oreille droite. Prise de maux de tête violents

depuis environ huit jours, elle est vue en consultation le 10 octobre 1927, elle entre d'urgence à la clinique où elle est opérée le 11.

Température 39,7, vomissements, vertiges.

Le Dr Dieu pratique un évidement pétro-mastoïdien avec autoplastie selon son procédé. La mastoïde est éburnée ; l'antre est tout petit, difficile à trouver.

Premier pansement cinq jours après, nettoyage à l'alcool, renouvellement des mèches. On est obligé d'abord de faire les pansements tous les jours. Bains d'alcool à 70° boriqué saturé ; quelques lavages avec une solution très faible de sublimé, mèches à l'ectogan. Le 19 elle sort de la clinique n'ayant que des pansements secs à faire chez elle tous les deux jours. Elle est revue par le spécialiste une fois par quinzaine.

La guérison était complète au bout de deux mois mais à ce moment, la malade fit une infection bénigne par la trompe d'Eustache, ce qui provoqua la réapparition d'un écoulement séreux ; celui-ci ne disparut qu'au bout de trois semaines. Résultat esthétique excellent, méat à peine agrandi. L'audition est presque normale. Voix haute à 4 mètres. Voix chuchotée à 1 mètre.

OBSERVATION IV.

Le R.P. de R... de l'abbaye de S... est atteint d'otorrhée droite depuis plus de deux ans. Vu à Paris par le professeur Sébilleau-Dufourmentel, en avril 1926. On lui conseille l'évidement pétro-mastoïdien. Après avoir hésité, le malade, au mois de mai suivant, est pris de vertiges, de vomissements avec température brusquement très élevée. L'écoulement est entièrement tari. M. le Dr Dieu procède d'urgence à l'évidement pétro-mas-

toïdien et pratique son autoplastie habituelle. Le cas est grave, la fièvre baisse difficilement, la plaie fétide garde un aspect grisâtre de mauvais augure. Le Dr Dieu décide de recourir au Dakin continu. Un drain perforé très fin est placé dans la cavité contre la paroi antérieure de l'ancien conduit auditif, qui dans le procédé de Dieu du Mans est respecté. Ce pansement semble procurer au malade une amélioration sensible ; la fièvre tombe de 39,8 et 39,9 à 38,6 puis à 38,2 ; la fétidité disparaît et le troisième jour quelques points roses d'épidermisation apparaissent dans la plaie. Notre lambeau en raquette n'a nullement souffert et reprend bien. On cesse alors le Dakin continu, les pansements consistent en lavages au Dakin, bains d'un mélange alcool-éther suivi d'une séance d'air chaud ; on met ensuite pour finir des mèches à l'ectogan. Le malade est complètement guéri en moins de deux mois mais l'audition est nulle. Ce malade qui était sorti de la clinique au bout de quinze jours quand il n'eut plus que des pansements secs à faire, a été revu deux ou trois fois depuis : la guérison de la plaie s'affirme définitive, mais l'audition n'est pas revenue. Extérieurement, bon résultat esthétique.

OBSERVATION V

Mme D..., 32 ans, entre dans le service pour céphalée violente que n'a pu calmer une paracenthèse du tympan faite pour agrandir une perforation trop petite, ne laissant qu'un écoulement insuffisant au pus.

A l'âge de 15 ans, Mme D..., avait été opérée de végétations adénoïdes et hypertrophie amygdalienne. A la suite de cette intervention les rhumes fréquents dont elle était atteinte avaient disparu et l'infection permanente du nez sans doute

assez considérable (puisque Mme D... fut à deux ou trois reprises soignée pour début de sinusite maxillaire et frontale gauche) avait regressé considérablement. Cependant, l'oreille gauche qui à plusieurs reprises avaient laissé couler un liquide fétide, verdâtre assez épais, ne tarit jamais complètement. En dépit d'une désinfection nasale soignée (pommade au dermatol, pommade à l'huile goménolée, inhalations mentholées et eucalyptolées, pulvérisations nasales de glycérine argyrolée faites au pulvérisateur Waast), et suivie d'une manière à peu près continue, Mme D..., n'obtint jamais que de courtes périodes sans écoulement aucun. Dans les périodes où l'oreille coulait ce n'était qu'un suintement muqueux, clair, filant et inodore auquel la malade n'attachait jamais beaucoup d'importance. Elle ne fit qu'à une ou deux reprises des bains d'alcool dans des périodes où l'écoulement avait tendance à augmenter.

Elle vint à ce sujet consulter le Dr Dieu il y a six mois. L'examen nasal ayant alors révélé une déviation de cloison notable vers la gauche, en même temps qu'une hypertrophie accusée du cornet inférieur gauche, on convint de réséquer la queue du cornet et d'attendre pour voir si le résultat nous permettrait d'éviter une intervention pour redresser la cloison. Le résultat ayant été excellent, l'écoulement ayant complètement cessé, le nez s'étant parfaitement nettoyé, M. le Dr Dieu lorsqu'il revit Mme D..., il y a trois mois, la considéra comme guérie; la muqueuse nasale était redevenue saine et la petite perforation du tympan, en voie de cicatrisation. Il y a quinze jours, Mme D... fut atteinte de grippe. Mouchant abondamment, avec toux, expectoration d'origine rhinopharyngée purulente compliquée bientôt de céphalée violente. Au bout de deux jours, la fièvre d'abord élevée s'atténua sensiblement (elle passe de 38°6 à 37°9). Les

maux de tête diminuent mais apparaît un écoulement léger, verdâtre et fétide. Mme D... , revient consulter. Malgré la perforation qui s'est rouverte, le tympan reste bombé, congestionné, rouge et l'on a l'impression que le pus sous pression ne trouve pas dans la perforation existante une issue suffisante. Le Dr Dieu insiste tout de suite en faveur d'une paracentèse, mais Mme D... influencée par la diminution des douleurs et la chute partielle de température, se refuse à l'intervention, se contentant d'un traitement par compresses chaudes, pansement local et désinfection nasale. Le lendemain soir après 24 heures d'état stationnaire, la fièvre remonte brusquement à 39°2. Dans la nuit, les douleurs reparaissent plus violentes que jamais. Au matin, température 39°8, douleur intolérable; l'écoulement toujours épais n'a augmenté qu'à peine. Mme D... se résigne à la paracentèse que l'on fait d'urgence dès ce moment, la région mastoïdienne est douloureuse (point très net au niveau de l'autre et au niveau de la pointe). Courte rémission de 48 heures. Ecoulement abondant, fétide, épais. Au bout de 48 heures, apparition d'un œdème de la région mastoïdienne ; pourtant la malade souffre moins. La température restant élevée, et devant la menace mastoïdienne, M. le Dr Dieu pratique l'évidement pétro-mastoïdien.

Mastoïde éburnée, l'antre est cependant facilement repérable ; intervention sans incident à l'anesthésie régionale et bien supportée par la malade. Mme D... en effet, atteinte d'obésité est sujette à des crises cardiaques (arythmie), ce qui nous a fait repousser l'anesthésie générale. Autoplastie suivant le procédé de Dieu du Mans.

Premier pansement complet au bout de quatre jours, on s'est contenté jusque-là de changer les compresses externes souillées par le pus sans toucher aux mèches à l'ectogan placées à l'inté-

rieur de la plaie. Les pansements, d'abord faits tous les jours ne sont plus faits que tous les deux jours dès le quatrième pansement. Bain d'un mélange alcool-éther chaque fois et remplacement des mèches à l'ecktogan par de nouvelles après une courte séance d'air chaud. Le seizième jour, la malade rentre chez elle; l'épidermisation avance rapidement, la plaie est superbe, on a montré à un parent de la malade à faire les pansements, il n'aura qu'à les faire tous les deux ou trois jours. La malade doit revenir nous voir une fois par semaine.

7 juillet. — La malade qu'on devait revoir ce jour n'est pas venue à son rendez-vous.

5 septembre. — M. Dieu a seulement revu aujourd'hui Mme D... qui s'est excusée. Complètement guérie, un mois et demi après l'intervention, au point de ne plus mettre même un tampon de coton hydrophile à l'entrée du méat auditif, elle n'avait pas jugé utile de revenir, étant en voyage. Rien ne permet, au point de vue esthétique, de voir extérieurement que Mme D... a été opérée, le méat auditif ne semble ni déformé, ni agrandi. Audition bonne.



CONCLUSIONS

Entre les diverses autoplasmies de pavillon de l'oreille, au cours de l'évidement pétro-mastoïdien, nous adoptons de préférence le procédé de Dieu du Mans.

1° *Pour sa simplicité d'exécution :*

a) Pas de multiples lambeaux à tailler ;

b) Pas de sutures superflues;

2° *Pour l'accès facile* qu'il offre aux pansements.

3° *Pour l'épidermisation* qu'il favorise tout en raccourcissant la durée;

4° *Pour la suppression des risques d'atrésie du conduit.*

5° *Pour l'excellent résultat esthétique* qu'il assure.

Vu : le Président de la thèse,
P. SEBILEAU.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.



BIBLIOGRAPHIE

- Lubet-Barbon.* — Note sur l'opération de Stacke (Soc. Franc. d'Otologie, 1893).
- Zaufal.* — Trépanation de l'apophyse mastoïde (Arch. f. Ohrenheilk, août 1894).
- Laurens.* — Chirurgie oto-rhino-laryngologique, 31 vol. Sten-chil, 1906.
- Lermoyez et Boulay.* — Procédés autoplastiques en chirurgie pétro-mastoïdienne (Thérap. des maladies de l'oreille, 1 vol. Doin, 1901).
- Aboulkir.* — Les complications silencieuses des otites (Presse médicale, 8 août 1925).
- Portmann et Retrouvey.* — La mastoïderécidivante (Presse méd. 5 mai 1926).
- Wagner.* — Etude de l'otoplastie. Thèse de Paris, 1926.
- Liebault.* — Evidement pétro-mastoïdien pansé à l'abrine (Soc. Laryng., 14 février 1924).
- Weill et Amado.* — Restauration spontanée du conduit après évidement (Soc. de Laryngol, 10 avril 1924).
- Leroux Robert.* — Nouvel écarteur mastoïdien (Soc. de Laryngo. Paris, 8 janv. 1925).
- Pauchet.* — Anesthésie régionale (Doin, 1 vol., 19).
- Glaoue.* — Conduit auditif interne. Considérations anatomiques anatomo-pathologiques et cliniques (Gaz. Hebd. Sc. Méd. Bordeaux, juin 1927).

Lermoyez, Boulay et Hautant (A.). — Traité des affections de l'oreille. Doin, 1921.

Moure (E.-J.), Liebault (G.) et Canuyt (G.). — Technique chirurgicale Oto-rhino-laryngologique. Doin, 1922.

Parrel (G. de). — Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologique. A. Maloine et fils, Paris, 1921).

Laurens, Hubert et Girard. — La méthode des lavages après l'évidement pétro-mastoïdien (Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, 10 octobre 1928).

